ROK XIII KWIECIEŃ 1933 Nr. 4 (124)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

DR. M. BRZEZIŃSKI

Lekarz Dentysta.
WARSZAWA.

Postępy zębolecznictwa zachowawczego w XX w.

Sturm podał metodę, przy pomocy której udaje mu się jakoby w krótkim przeciągu czasu usuwać miazgę i natychmiast wypełnić przewody. Metoda, polegająca na stosowaniu diatermji oszczędza mu krwawienia miazgi, powstającego często przy usuwaniu jej drogą znieczulenia miejscowego. Autor stosuje kaustykę zimną, przyczem, jako kauteryzującą elektrodę używa igły Millera. Hille do dewitalizacji miazgi używa paraformaldehydu. Środek ten ma działać łagodnie, proces dewitalizacji przechodzi powoli, nie powodując większych bólów ani podrażnień. Podług Roth'a jako namiastka arsenu przy dewitalizacji miazgi brana być może w rachubę jedynie ciało z klasy złożonych kwasów i kolloidalnych połączeń adsorbcyjnych. Jego pasta „giftlos" składa się ze złożonych kwasów grupy żelazistej. Mimo ujemnych jego działań ubocznych, arszenik wciąż zostaje głównym prawie środkiem do dewitalizacji miazgi. Z tego też względu Euler utrzymuje: „Albo wogóle uwolnić się od arszeniku i zamiast tego wybrać środek i równem działaniu, lecz mniej niebezpieczny, a gdyby to się nie udało, wybrać formę arszeniku, którą potrafilibyśmy dokładniej dozować i opanować". Drogę tę starano się odnaleść w preparatach kolloidalnych.

Eckmann używa dozowanego, kolloidalnie rozproszonego trójtlenku arsenowego. Jego „nervarsen" w formie tabletek, włączony w systemy kolloidalne, rozwija kolloidalnie zawiesinowy, galaretowaty arszenik i działa na miazgę drogą dyfuzji. Tabletki sporządzone są w wielkości 0,5—2,0 mm w przekroju. Podług Egli'ego najracjonalniejszą dawką „nervarsenu" jest 0,00079 g, — dewitalizuje ona miazgę w ciągu niewielu godzin, nie powoduje bólów i nie drażni tkanek paradentalnych. Również przemysł chemiczny dostarcza arsenowych preparatów kolloilalnych, jak *causticin, cauterin, dosarsen i in.*

Badania Euler'a na zwierzętach stwierdzają, że niema różnic zasadniczych w działaniu na miazgę pomiędzy obecnemi namiastkami arszeniku, a samym arszenikiem. Wszystkie te środki zamieniają miazgę w martwicę.

7. Metoda amputacyjna.

A. Witzel podaje w r. 1872 metodę amputacyjnego leczenia zapaleń miazgi, a dopiero po latach kilkudziesięciu powstaje dla metody tej pewne uzasadnienie teoretyczne.

Fischer, Preiswerk, Hess, Feiler i inni wyjaśnili właściwości miazgi przy wierzchołku korzenia i jego okolicy. Wiemy obecnie, że miazga pod względem morfologicznym nie jest zwykłym sznurem tkanowym, lecz tworzy różnorodne rozgałęzienia, t. zw. ramifikacje. Gdybyśmy więc chcieli usunąć zdewitalizowaną miazgę, to zazwyczaj nie uda się nam to w zupełności, nawet przy zębach jednokorzeniowych. Z tego też powodu Baumgarten stawia tezę „amputacji wysokiej". A. Witzel metodę ową zalecał tylko przy trzonowcach i to tylko przy zapaleniu częściowem. Podług Adloffa, nie wykluczonem jest, by w przyszłości metodę tę stosowano przy wszystkich zębach. Podług jego badania, wszystkie niepowodzenia przy leczeniu korzeni powstają dzięki infekcji, przez nas samych wprowadonej (artificielle Infektion). W metodzie amputacyjnej widzi on unikanie infekcji tej przez zaniechanie manipulowania igłami, przyczem też okolica przywierzchołkowa pozostaje nietknięta.

Przeciwnicy amputacji w metodzie tej widzą niepewność stosowania wskazań, gdyż nigdy dokładnie nie jesteśmy w stanie zgóry osądzić stopnia ani zasięgu zmian zapalnych miazgi. Pozatem nie wiemy, jak daleko drobnoustroje przeniknęły miazgę korzeniową. Z tej też przyczyny najwięksi nawet zwolennicy amputacji, jak Boennecken uważają, że najidealniejszem postępowaniem zawsze bę-

dzie całkowite usunięcie miazgi. Twierdzenie Millera: „martwa miazga najlepiej w ten sposób unieszkodliwioną zostaje, że się ją dokładnie usuwa z korzenia", — zawsze jeszcze zachowuje swą wartość. Sicher pierwszy wydał orzeczenie, że rozstrzygnięcie zagadnienia tego na tę lub drugą stronę uważane być musi za niemożliwe, gdyż nigdy nie możemy leczyć rany w kikucie miazgowym. Według autora tego dążeniem naszem powinno być „utrzymanie względnej równowagi pomiędzy raną tą, a graniczącym medykamentem". Równowaga zaś ta wówczas jest możliwa, gdy: 1) zawartość przewodu zostaje jałowa i 2) gdy medykament przy stałem działaniu dezynfekcyjnem nie drażni kikuta miazgi.

8. Leczenie przewodów korzeniowych.

Callahan w r. 1894 wprowadza kwas siarkowy do rozszerzania przewodów korzeniowych. Zdawało się wówczas, że kwestja leczenia korzeni jest rozwiązana. Nauka Williama Huntera stwarza wielki dział „paradentii", a dopiero nowsze badania w dziedzinie anatomji i histologji przewodów korzeniowych kierują całe to zagadnienie na tory naukowe. Mayrhofer stwierdza nieznany dotychczas fakt reinfekcji przewodów, — po wkładkach antyseptycznych drobnoustroje jakoby znikają, aby po pewnym czasie powrócić, pomimo leżącej jeszcze wkładki. Reinfekcja ma się odbyć z rozgałęzień miazgi i kanalików zębinowych. Wiemy, że w rozgałęzieniach zostają po wyłuszczeniu resztki miazgi, kryjące w sobie pewne ryzyko. Po większej bowiem części mamy do czynienia z zakażonemi resztkami, nie mówiąc już o resztkach miazgi rozpadłej. Nowoczesne zębolecznictwo żąda zdjęcia rentgenowskiego odpowiedniego zęba przed leczeniem i po jego zakończeniu. Zdjęcie takie wskazuje nam w pewnym stopniu przebieg kanałów i temsamem ułatwia dotychczasowe „ślepe" postępowanie. W tym też celu proponuje Andressen swoje „systematyczne" leczenie przewodów, polegające na szeregu zabiegów następujących:

1) mierzeniu kanałów specjalnie przez autora skonstruowanym korzeniomierzem,

2) świdrowaniu podług korzeniomierza przez osadzenie na świdry rurek, tamujących dostanie się świdrów poza pożądaną długość,

3) dopasowaniu szpica gutaperkowego w przyrządzie z odpowiedniem dziurkowaniem, odpowiadającem wielkości świdrów korzeniowych.

Chirurgja ogólna dość szybko porzuciła środki antyseptyczne, aby przy pomocy aseptyki zmusić do udziału czynnego w leczeniu same tkanki organizmu. W XX wieku powstaje myśl, aby zasadę aseptycznego leczenia zastosować również i w naszej specjalności, głównie przy leczeniu korzeni. Wprawdzie zwolennicy tego postępowania nie rezygnują z antyseptyków, stwierdzają jednak, że dotychczasowe nasze medykamenty były zbyt silne i dlatego bardziej drażniły tkanki. Szkoła amerykańska, pomijając skrajny kierunek Fischera, żądający usunięcia każdego zęba z ostrem nawet zapaleniem miazgi, traktuje każdy wymagający leczenia ząb, jako pole operacyjne, przyczem najważniejszem jest dokładne postępowanie aseptyczne Prinz wprowadza sterylizator Flaherty'ego, w którym drobne instrumenty, jak igły, miazgociągi, również wata. momentalnie mogą być wyjałowione przez zanurzenie w stopie z ołowiu i cyny. Badania Hartmanna dowodzą, żeśmy dotychczas sprawę aseptyki w zębolecznictwie zachowawczem conajmniej niedoceniali. Na zasadzie badań przy rozmaitych formach zapaleń miazgi, autor ten stwierdza

1) po wk.adce arszenikowej w zębach z zapaleniem miazgi, ta ostatnia, jak i przewód są jałowe,

2) przy dokładnem aseptycznem i antyseptycznem leczeniu, kanał po wyłuszczeniu miazgi i oczyszczeniu jest jałowy i może być natychmiast wypełniony,

3) same nawet leczenie aseptyczne bez stosowania antyseptyków, zapewnia jałowość kanałów przy zębach z zapaleniem miazgi.

a) Przeczyszczanie miazgi.

Boennecken zmodyfikował sposób Callahana rozszerzania kanałów przy pomocy kwasu siarkowego. Używa on 50% wody królewskiej. Środek ten szybko niszczy masy organiczne i nieorganiczne Zsigmondy do tego celu proponuje Na_20_2. Działania środka tego autor objaśnia w ten sposób: Na_20_2 + woda = $Na_20_2 + 2H_20 = 2NaOH + H_2O_2$. Wobec tego, że rozkład jest burzliwy i związany jest z silnem wzmożeniem temperatury, H_2O_2 rozpada się, — $H_2O_2 + 2H_2 + 0$. Podług Zsigmondiego Na_2O_2 szczególnie nadaje się przy zębiniakach. Fischer, Mayrhoffer wprowadzają *antiforminę*. Jest to mieszanina podchlorynu zasadowego z wodzianem zasadowym, posiadająca własność dokładnego rozpuszczenia ciał białkowych. Plowitz poczynił spostrzeżenie, że ferrum sesquichloratum w połączeniu z antiforminą burzliwie rozwija chlor. Dzięki temu wywołane zostaje „rozluźnienie papki antiforminowej i masy zgorzelinowe dają

się z łatwością usunąć". Wreszcie zyskuje się przez powstający in statu nascendi chlor, silną dezynfekcję. Schoenlank używa do tegoż celu chloraminy Heydena. Środek ten posiada dużą siłę dezynfekcyjną, nie wywołuje też żadnych podrażnień.

b) Mechaniczne rozszerzanie kanałów.

W ostatnich latach, mechaniczne rozszerzanie kanałów jest najbardziej stosowane. Vajna tworzy system świdrów, umożliwiających mu „łatwe stosowanie i łatwe wyświdrowanie przewodów, orjentowania się podczas pracy". Szkoła amerykańska porzuca zupełnie leczenie kwasami i rozszerza kanały przy pomocy pilniczków Prinza i igieł Kerra.

c) Elektrosterylizacja kanałów.

Metodę tę wprowadzają Zierler i Hoffendahl. Zierler stwierdza: „Prąd elektryczny w dokładnie dozowanej intensywności 3 — 3,5 Miliampera przeprowadzony przez ciało niszczy na anodzie, nie powodując żadnego podrażniania tkankowego, wszystkie drobnoustroje i ich zarodniki w ciągu 8 — 10 minut na głębokości około 1,5 cm. lub w obrębie działania o promieniu 1,5 cm. Becker wyjaławia przewody zropiałe przy pomocy diathermji. Metoda ta, którą autor nazywa „fulguryzacją" jakoby mu umożliwia wyleczenie korzeni zgorzelinowych w ciągu jednego posiedzenia. Podług Türkheima „elektrosterylizacja" najbardziej spełnia te żądania, które stawiamy idealnemu środkowi dezynfekcyjnemu przy leczeniu przewodów korzeniowych".

Znaną jest w czasach ostatnich metoda Howe'go przy leczeniu zgorzeli. Polega ona na tem, że z rozczynu tlenku srebra przez redukcję strącone zostaje srebro metaliczne w delikatnych ziarenkach. Środek ten „przenika aż do wierzchołka korzenia, gdy temu zapewnimy dostateczne ujście powietrza. Zgorzelinowa masa strąconem srebrem wyjałowiona zostaje w ciągu niewielu sekund, a pozostałe w przewodzie resztki zamieniają się w suchą, sztywną masę, przesiąkniętą białkanem srebra".

d) Wypełnianie kanałów korzeniowych.

Podstawą dla całego tego zagadnienia był przed laty pogląd Sachsa: „Nie to jest przy leczeniu korzeni najważniejszem, co się do kanału wprowadza, lecz to co się zeń usuwa".

Jeszcze obecnie pogląd ten zachował swoją rację, o ile chodzi o podkreślenie ważności usunięcia wszystkich resztek miazgowych. Dalsze twierdzenie, że obojętnem jest, czem kanał ma być wypełnio-

ny, podług dzisiejszego stanu naszej wiedzy, nie może być dłużej utrzymane.

Celem zapobiegania reinfekcji ze strony rozgałęzień i kanalików zębinowych, rozporządzać musimy takim materjałem do wypełnienia, któryby na ewentualne pozostałości miazgi wywierał stałe działanie antyseptyczne. Zupełnie nową też była myśl Albrechta, aby kanały wypełniać materjałem płynnym, który później krzepnie galaretowato. Preparat jego ma skład następujący:

Resorcin	5,0
Formalin.	25,0
Glycerin	50,0
Liqu. natr. caust. . .	25,0

Podług Albrechta rezorycyna i formaldehyd tworzą z zawartością kanału połączenie chemiczne, dalej impregnują one resztki miazgi i wypełniają wejścia kanalików zębinowych metoda Albrechta miała jednak znaczne wady: 1) preparat po krzepnięciu kurczył się i 2) zabarwiał zębinę. Braki te usuwa Sommer swoim „recatorem", który zawiera kolloidalny kwas krzemowy, srebro kolloidalne, jodoform i służy do przeszkodzenia dyfuzji, a tem samem kurczenia się i zabarwienia. Płyn Albrechta, do kanałów wprowadzony zostaje drogą działania ssącego, a następnie wpompowany zostaje recator jako pasta. Całe to postępowanie Sommer określa, jako „wypełnienie ramifikcyjne". Również starania Schrödera, dążą do tego, aby „składniki organiczne, pozostałe w okolicy rozgałęzień, przeobrazić w masę niedrażniącą, nieodpowiednią dla drobnoustrojów, z zębiną poniekąd stopioną". Używa on do tego trójmetylestru kwasu krzemowego, który posiada wielką siłę dyfuzyjną, a kwasami, zasadami, jak również sokami organicznemi strącony być może na alkohol metylowy i mieszaninę kolloidalnego kw. krzemowego. Tkanki organiczne szybko przeniknięte zostają estrem, zamieniając się w masę krzemową.

Carmichael do wyjaławiania kanalików zębinowych używa swojej metody „vapoformowej". Lotna, antyseptyczna mieszanina z formaliny, tymolu i eugenolu, z gliceryną i alkoholem jako wehikuł, wpompowana zostaje do kanału. Do tegoż wprowadzony zostaje „instrument do parowania" celem jego zamknięcia. Rozwijająca się para, ujście, której zostało zatamowane, przenika kanaliki zębinowe. Wypełnienie ostateczne składa się z siarczanu barowego, jodoformu, tlenku cynkowego i parafiny twardej. Zatem wsunięty zostaje szpic z wosku mineralnego. Już wypełnienia Albrecht - Sommera zawierają w recatorze srebro kolloidalne, potem powstaje szereg metod, w których

metale, głównie srebro w formie proszku lub sztyftów, stanowią główny składnik wypełnień. Wprowadzenie metali polega na stwierdzonej przez Nägeli'ego i Crede'go własności, hamowania rozwoju organizmów niższych przez metale (oligodynamie). Pozatem metal w formie sztyftów lepiej daje się wprowadzić do kanałów, aniżeli sztyfty gutaperkowe. Już w r. 1909 Preiswerk donosi o używanych przez się sztyftach ze srebra lub wiktorji. Podług Trebitscha sztyfty srebrne służyć też mogą, jako nosiciele lekarstw „ich działanie oligodynamiczne ma wzmocnić siły lecznicze". Back wypełnia nakały mieszaniną glykozydu srebra z masą plastyczną, lub sztyftem, składającym się zglykozodów srebra. Knoche używa kollargolu — srebra kolloidalnego, powstającego z redukcji azotanu srebra. Substancja jego w formie opiłek zawiera 70 proc. srebra i 30% ciał białkowych. O dobrych wynikach, osiągniętych pastą „trio" Gysiego, donosi szkoła szwajcarska. Skład tej pasty jest następujący:

Tricrezol	2,5
Creolin	5,0
Glycerin	10
Trioxymethylen . . .	5,0
Zinc. oxyd.	15,0

W pewnej sprzeczności z metodami powyżej przedstawionemi stoją zwolennicy leczenia aseptycznego. Elander uważa trwałe wypełnienie antyseptyczne za niemożliwe, gdyż „środek antyseptyczny nie jest perpetuum mobile". Do wypełnień używa on materjału, który odpowiadać ma wszystkim wymaganiom, prócz działania antyseptycznego, gdyż przez gotowanie może być sterylizowany. Środek jego w kształcie sztabek składa się z

gutaperki . . .	10 części
kwarcu	75 „
tlenku cynku . .	10 „

Również Werkenthin uważa żądanie antyseptyku trwałego przy wypełnieniach kanałów za iluzoryczne. Od dobrego wypełnienia wymaga on przedewszystkiem 1) możności łatwego wprowadzania i usuwania, 2) stałego, mocnego przylegania. Używa on zatykadeł ze złota czystego, in praxi pauperum z cyny. Jako medium używa on estru kwasu krzemowego lub mieszaniny z parafiny i eukupiny.

9. Schorzenia tkanek przywierzchnich.

Przed niewielu jeszcze laty czynność lekarza - dentysty polegała głównie na wypełnianiu zębów mniej dotkniętych i usuwaniu bardziej schorzałych. Trafnie przeto brzmią słowa Grevego: „Nowo-

czesne zębolecznictwo absolutnie nie polega na tem, aby schorzałe zęby utrzymać przy pomocy jakiegoś wypełnienia, — o wiele więcej polega ono na utrzymaniu uzębienia w jego znaczeniu fizjologicznem". Już w r. 1900 A. Witzel donosi o pomyślnych rezultatach przy leczeniu przetoki zębodołowej. Głównem dążeniem w jego metodzie było zwalczanie najazdu drobnoustrojów. Do tego celu używał on kwasu siarkowego (podług Callahana) oraz lyzolu. Dość szybko jednak odstąpiono od leczenia kwasami. Memmelsdorf stosuje przy zapaleniu ozębnej i przetokach wprowadzony przez niego *jothion* — 80% wodny preparat jodu. Środek ten posiada następ. zalety:

1) zostaje szybciej wchłaniany od jodu,
2) działa znacznie głębiej,
3) nie przyżega dziąseł,
4) nie barwi.

Do zastosowania używa autor formuły:

Jothioni	5,0
Glycerin	3,0
Spir. rect.	2,0

Scheuer doświadczeń swych dokonywa na zasadzie węgla zwierzęcego (zwęglona krew) wprowadzonego przez Wiechowskiego do medycyny wewnętrznej. Używa on węgla w połączeniu z trójkrezolformaliną z dodatkiem olejków eterycznych, przy zgorzeli miazgi z bólami ozębnowemi. Przy przetokach, podostrych zapaleniach okostnowych. Salomon używa argentum nitricum. W preparacie tym widzi on następujące zalety:

1) działanie sączkowe,

2) wpływ przyżegający na substancje organiczne: powstaje białkan srebra, przenikający drobnoustroje, które w ten sposób stają się nieszkodliwemi,

3) przekrwienie czynne i drażnienie tkanek powoduje do tworzenia się ziarniny,

4) działanie oligodynamiczne (srebro).

Rebel pojmuje schorzenia ozębnej w ścisłem połączeniu z siłą żywotną całego organizmu. W związku z tem powiada on, że „antyseptyk posiadać winien prócz największych względem drobnoustrojów inklinacyj, jeszcze pewien fizykalny lub chemiczny stosunek względem komórek organizmu". Osiągniemy w ten sposób z jednej strony zmniejszenie działalności drobnoustrojów, z drugiej strony wprowadzamy, żywotnie skierowane, rozwijające opór, działanie tkanek miejscowych.

Lekarstwem też najodpowiedniejszem do celu powyższego jest podług Rebla — *trypaflawina*. Również Fischer uważa, że przy zmianach zachodzących w ozębnej i jej okolicy należy pobudzić komórki organizmu celem poparcia leczenia. Autor ten powiada: „Wielki zasób czynnej energji, cechujący ozębną, przez lata całe był pogardzany, conajmniej lekceważony". Wstrzykuje on zapobiegawczo i przy obostrzeniach podostrych na wysokości wierzchołka korzenia schorzałego zęba, rozczyn nowokainy z trypaflawiną. „Antyseptyk wędruje drogą krwiobiegu i naczyń limfatycznych, wprowadzając w schorzałej okolicy proces leczniczy".

(Dok. nast.).

Dział streszczeń

J. CHATELIER I KUTNER. Kilka słów o przypadku umiejscowionego rozsypania się zębodołu. (Quelques mots sur un cas d'alveolyse localisé). Rev. de Stomat., 8 — 1932.

Autorzy na wstępie zwracają uwagę na dwie teorje o przyczynach powstawania zaniku kości zębodołu. Mianowicie na teorję wpływów podłoża p. Fray'a i Rousseau Decelle'a, oraz na teorję urazu, którą Beliard uważa za główną przyczynę tego schorzenia. Następnie podają zaobserwowany przez się przypadek.

U osobnika lat 22, bez żadnych objawów chorobowych zewnętrznych, przy doskonałym stanie jamy ustnej, zauważono obfite ropienia z pod szyjki 2. Ząb — cały, bardzo ruchomy, barwy zwykłej, nigdy nie bolał. Zgłębnik wchodził z łatwością na parę milimetrów wgłąb kieszonki. Kamienia na zębie brak. Ząb lekko wrażliwy na czynniki termiczne. Pozostałe zęby wszystkie zdrowe, mocno osadzone w zębodołach. Przed kilku laty chory miał w okolicy szyjki 2. mały wrzodzik dziąsłowy.

Zdjęcie rentgenowskie wykazało, że ząb trzyma się tylko w $1/3$ zębodołu.

Przy dokładniejszem badaniu zauważono, że przy każdem zwarciu ząb ten doznaje urazu. Czynnikiem ubocznym mógł tu być białomocz podczas przebytej przez chorego płonicy.

G. LARDENNOIS i A. LECLERCQ. Posocznica paciorkowcowa pochodzenia zębowego powrotna, powikłana przez zapalenie szpiku kostnego dłoni. (Septicémie a streptocoques d'origine bucco-dentaire, récidivée et compliquée d'ostéomyélite du poignet). Rev. de Stomat. 1930, — 5.

Autorzy przytaczają trzy przypadki typowe takiego zakażenia. Pierwszy dotyczy osobnika zmarłego na posocznicę. Wszelkie zabiegi okazały się bezskuteczne. Autorzy ustalili posocznicę pochodzenia zębowego, prawdopodobnie wskutek ropotoku; wykryto paciorkowca we krwi. Chory zmarł w dwie doby po oględzinach dokonanych przez autorów.

Drugi przypadek dotyczy młodego chirurga, który zapadł na posocznicę piorunującą. Rozwinęła się ona w sześć dni zaledwie, prawdopodobnie wskutek zakażenia zębowego, które powstało dokoła mostku.

Trzeci — dotyczy młodej, pełnej sił kobiety. W sześć tygodni po dobrze odbytym połogu, niespodziewanie temperatura podniosła się do 40°. Stan był bardzo ciężki, towarzyszyły mu bóle w stawach bez umiejscowienia. Po czasowym uspokojeniu ataki gorączki i dreszczy ponowiły się, tym razem już bez bólu w stawach. Zastosowano szczepionki oraz zastrzyki srebra koloidalnego z dobrym skutkiem, jednakże chora wyraźnie opadała z sił. Po pewnym czasie nastąpił trzeci atak, powikłany dziwnym objawem — napadu ostrego bólu u nasady prawnej dłoni. Lekarz stwierdził reumatyzm i zakażenie. Temperatura 40°. Autor dokonał zabiegu chirurgicznego na kości promieniowej, gdzie znalazł ognisko ropne. W posiewach otrzymano paciorkowca. Mimo, iż rana goiła się dobrze. ciepłota utrzymywała się powyżej 38°. Stan ogólny zły. Utworzył się nowy ropień na wierzchu dłoni. Badając ponownie chorą, autor zauważył przy lewym zębie mądrości uchyłek w śluzówce, z którego pod naciskiem wydobywała się ropa i płyn surowiczy. W wydzielinie tej znaleziono takie same paciorkowce, jak w ropie z ogniska kości promieniowej. Stan ogólny stał się niepokojący. Stwierdzono zapalenie osierdzia. Pod znieczuleniem przewodowem usunięto wymieniony ząb mądrości i przedezynfekowano zębodół rozczynem stowarsolu. Znieczulenia nasiękowego nie można było zastosować z powodu zmian zapalnych, w okolicy chorego zęba.

Już po upływie dziesięciu dni nastąpiła tak znaczna poprawa że można było uznać tę kobietę za zupełnie uleczoną.

DESPIN. Zakrzepowe zapalenie żył zatoki jamistej na skutek usunięcia zęba. (Trombophlebite du sinus caverneux consecutive a une extraction dentaire). Rev. de Stom. 1930 — 5.

Pewien osobnik skarżył się na silne bóle w okolicy kąta żuchwy. Gdy te nie ustępowały — usunięto ząb mądrości, nie był on dotknięty próchnicą, lecz ostrym zapaleniem ozębnej. Wobec tego, że ból jeszcze się wzmagał, lekarz zalecił naświetlania promieniami pozafijołkowemi i ciepłe płukanie. Zabiegi te przyniosły ulgę na kilka godzin, poczem ból znów powrócił. Lekarz stwierdził obrzęk kąta żuchwy, który rozszerzył się na przyusznicę, wystąpił szczękościsk. Ciepłota — 37.9, potem podniosła się gwałtownie do 40^0, dreszcze. Ogólny stan chorego bardzo zły, puls słaby i szybki, jama ustna źle utrzymana, dziąsła około pustego zębodołu rozpulchnione. Badanie zębodołu nie wykazało obecności korzenia, ani odłamu kostnego, ani też ogniska ropnego. Autor zalecił częste płukanie środkiem odkażającym. Nazajutrz temperatura opadła do 38,8^0. Stan ogólny nie poprawił się jednak, wobec czego zastosowano zastrzyki surowicy przeciwposocznicowej. Poczem ropa zaczęła odpływać, obrzęk kąta żuchwy zmniejszył się, jak również i szczękościsk, bóle się zmniejszyły. Chory poczuł się lepiej, gorączka jednak utrzymywała się stale na poziomie 38^0. Nagle obrzęk wrócił, spostrzeżono wysadzenie gałki ocznej. Rozpoznano zakrzepowe zapalenie żył zatoki jamistej w bardzo silnym stopniu.

Mimo zastrzyków surowicy przeciwzakaźnej stan chorego gwałtownie się pogarszał. Chory nie mógł otworzyć oczu, nie cierpiał jednak choć zachował przytomność umysłu. Wreszcie zapadł w śpiączkę i po czterech dniach zmarł.

A. COSTE DE LYON. Posocznica ostra pochodzenia zębowego u dziesięcioletniego dziecka. (Septicémie aiguë d'origine dentaire chez un enfant de dix ans) Rev. de Stom. 1930. — 5.

Dziecko to dotychczas zupełnie zdrowe i nieobciążone dziedzicznie ma kurcz nerwowy twarzy, szyji i całej połowy ciała. Kurcz ten zaznacza się z każdym dniem silniej, występują dreszcze, ciepłota dochodzi do 40^0, powiększenie śledziony, znaczny spadek wagi (10 kg. po tygodniu choroby), słowem wszystkie oznaki ciężkiego zakażenia.

Autor stwierdził, iż właściwą przyczyną tego zakażenia były zęby mleczne. To też stan chorego dziecka poprawiał się w miarę

usuwania przez autora zębów mlecznych, a po wyrwaniu ostatniego, mały powrócił zupełnie do zdrowia.

Podając ten przypadek, autor dochodzi do wniosków iż: internista nie powinien nigdy lekceważyć stanu uzębienia chorego, twierdząc, iż jest to sprawa dentysty. Następnie — że studenci medycyny winni posiadać najelementarniejsze wiadomości ze stomatologji, aby w ścisłym związku lekarza ze stomatologiem zostało rozpoznane i właściwie leczone każde zakażenie bez opóźnienia, tak bardzo w tych razach niebezpiecznego.

A. LEBOURGE. Przypadek zaniku zębodołu u dziecka. (Un cas d'alvéolise enfantile) Rev. de Stomat. 1932, — 5.

Na wstępie autor czyni uwagę, że zanik zębodołu spotyka się u dzieci nadzwyczaj rzadko. Prof. **Beliard** widział tylko jeden taki przpadek, dlatego też podaje tu opis zaobserwowanego przez się schorzenia u pewnej dziewczynki, która była pod obserwacją lekarzy aż do 16 roku życia.

Dziewczynka ta była urodzona przedwcześnie. Rodzice jej i znacznie od niej starszy brat byli najzupełniej zdrowi i normalni. Badania szczegółowe wykazały bardzo znaczne opóźnienie jej rozwoju tak fizycznego. jak i umysłowego, przyczem stwierdzono bardzo silne zwichnięcie czaszkowo-twarzowe (dysarthrosis cranio - facialis).

Już przy pierwszem jej badaniu 1929 r. zanik zębodołu był znacznie posunięty; dolne siekacze środkowe chwiały się silnie wskutek znacznie opuszczonego dziąsła, a kość o wyglądzie gąbczastym była obnażona, ale bez ropienia. To opuszczenie się dziąsła miało miejsce już od 1½ roku. Zdjęcie rentgenowskie wykazało znaczne rozsysanie się zębodołu sięgające aż do przedtrzonowców.

Chwiejące się zęby umocowano, związując je drutem. Skutek tego zabiegu nastąpił bardzo szybko, dziąsło opuszczone zabliźniło się, a zęby umocniły się o tyle, że udało się je utrzymać przez 3 lata t. j. do ostatniego badania. Rozsysanie się zębodołu jednak postępowało nadal i obecnie, ta 16-letnia już dziewczyna, wyglądająca zresztą na lat 12, ma wszystkie zęby ruchome, bliskie wypadnięcia. Rentgenogram wykonany świeżo świadczy o wielkich rozmiarach spustoszenia.

Największe jednak zainteresowanie obudził ten rzadki przypadek w świecie lekarskim tem, że stwierdzono tu zanik zębodołu w najwyższym stopniu obok zaburzenia w odżywianiu (dystrophia) tkanki kostnej, mającej bliski związek z rozsysaniem się zębodołu.

Prócz tego wykryto u tej dziewczynki powolne zanikanie kośćca (hypotrophia).

Stan ten nasuwa pytanie, czy wszelkie te schorzenia nie są tej samej natury. Wiemy, że zanik kośćca jest wynikiem zbyt powolnego kostnienia okostnej i chrząstek.

Co do zaniku zębodołu, zjawiającego się wkrótce po ukazaniu się pierwszych zębów, to zdaje się, że powstaje on wskutek niedostatecznego wapnienia kostnych ścian zębodołu.

Z punktu widzenia etjologji nie może tu być mowy o krzywicy, gdyż nie zauważono u chorej zniekształceń kości, jak również zaburzeń w przemianie wapnia.

Nie można również tłómaczyć zaniku kośćca zaburzeniem w gruczole tarczowym, gdyż nie wykryto żadnego wyraźnego schorzenia tegoż. Żadne objawy kliniczne ani rentgenograficzne nie nasuwają przypuszczenia, by to było skutkiem karłowatości spowodowanej schorzeniem przysadki.

W końcu autor wysuwa jeszcze pytanie, czy wszystkie te zaburzenia nie są skutkiem porażenia opon mózgowych od urodzenia, które zdaniem Waitz'a są przewlekłe u przedwcześnie urodzonych.

Jednakże w praktyce trzeba pamiętać, że takie przewlekłe opóźnienie rozwoju bez widocznej przyczyny są bardzo często następstwem przymiotu dziedzicznego.

Str. Lek. Dent. A. Mokrzycki.

G. DELATER. Ropotok a gruczoły dziąsłowe. (Pyorrhée et les tonsilles gingivales). Revue de stomatologie, 7 — 1929.

R. Vincent dla wyjaśnienia przyczyny ropotoku zębodołowego wyraził pogląd, iż dziąsła w częściach około i międzyzębowych posiadają tę samą budowę anatomiczną i czynności fizjologiczne co i układ chłonny śluzówki przewodu pokarmowego, a zwłaszcza migdałki. Jednak, według autora, pogląd ten jest niesłuszny. Przeczą temu przedewszystkiem dane histologiczne:

1) Nacieki tkanek dziąsła bywają rozlane, bez skupień o układzie grudkowym, jakie charakteryzują utkanie gruczołu chłonnego.

2) Nabłonek również ulega zmianom charakterystycznym dla spraw zapalnych, mianowicie zawiera on liczne ubytki warstw powierzchniowych; stanowią one wrota wejścia dla dalszego zakażenia; nabłonek drąży głęboko w podłoże, pasma jego wielokrotnie łączą się tutaj między sobą; komórki nabłonka ulegają zmianom wodniczkowym, łączność między komórkami ulega przerwaniu, mostki

protoplazmatyczne ulegają zniszczeniu, jądra są pyknotyczne. Rozsiane leukocyty wielojądrzaste wśród komórek nabłonka świadczą o obecności bakterji. Tkanki części dziąsła około i międzyzębowych są specjalnie przystosowane do ciągłego odczynu na podrażnienie, wynikające ze stałego zetknięcia się z czynnikami szkodliwemi. W kieszonce okołozębowej znajduje się zawsze pewna ilość wysięku, który badany drobnowidzowo wykazuje składniki ropy oraz drobnoustroje. Wspomniany wysięk jest często bardzo nieznaczny, jednak świadczy o przewlekłym stanie zapalnym dziąsła. **W szczelinie między dziąsłem i zębami gromadzą się resztki pokarmowe, oraz przeróżne bakterje, które powodują przewlekły stan zapalny dziąsła i ropotok okołozębowy.** Organizm za pomocą leukocytów broni się, jednak wiele czynników szkodliwych zmniejsza tę siłę obronną; należą tu zwarcia urazowe, choroby zakaźne, schorzenia przemiany materji i t. d.

Autor nie uważa, aby przytoczone przez R. Vincenta 2 pomyślne przypadki leczenia ropotoku okołozębowego autoszczepionkami świadczyły o pochodzeniu tej sprawy chorobowej z zakażenia jelitowego, ponieważ szczepionki były przygotowane z ropy okołozębowej, a nie z bakterji jelitowych.

Str. Dr. T. Bartoszek.

O czem piszą?

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego, Organ T-wa Lekarskiego Woj. Nowogrodzkiego i Wileńsko - Nowogrodzkiej Izby Lekarskiej. Z. 4 — 5 r. 1932. H. Rudziński. Zdrowotność na Wileńszczyźnie. A. Wirszubski. Omówienie przypadku letargu. S. Małofiejew. Kilka uwag w sprawie symptomatologji przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. W. Jasiński. Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie za rok akademicki 1931/2.

Z. 6 r. 1932. B. Dylewski. O nauczaniu na uniwersytetach techniki badań uszu, nosa i gardła. L. Achmatowicz. Analiza 32 przypadków przebicia wrzodów żołądka i dwunastnicy. H. Dunin - Horkawiczowa. Przypadek laboratoryjnego zakażenia laseczką Banga. A. Malinowski. Przypadek miotonji

wrodzonej S. Bagiński. Trzy lata szczepień ochronnych przeciwgr. BGG w Wilnie. L. Achmatowicz. Przypadek niecałkowitego pęknięcia pęcherza moczowego. W. Prażmowski. Wyniki dotychczasowe szczepień ochronnych przeciwbłoniczych w Wilnie. H. Rudziński. Zdrowotność publiczna na Wileńszczyźnie.

Polski Przegląd Radjologiczny. Tom. VII Z. 3 — 4 r. 1932. A. Osiński. Podurowe schorzenie kręgosłupa. W. Kukowka. Przypadek nadliczbowości palców u nogi. S. Glozman. Zraz żyły nieparzystej, oddzielony podwójnym linijnym cieniem i przypuszczalne wyjaśnienie tego objawu. A. Pruszyński. Chrząstniaki płuc z punktu widzenia anatomji patologicznej z uwzględnieniem obrazów radjologicznych. W. Pleniak. Przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka do przednich powłok brzusznych. B. Szarecki i W. Zawadowski. Przyczynek tłuszczaka okrężnicy, powodujący wgłębienie. A. Bong. Zastosowanie papierów negatywnych w radjografji. R. Eberhardt. Mało znana bezpośrednia metoda otrzymywania kopij negatywnych. T. Alkiewicz. Leczenie radem pryszczycy. J. Kochowski. O pracach technicznych w ciemni (część II).

Zagadnienia rasy. Organ Polskiego Towarzystwa Eugenicznego 1933 1 — 2. St. Sterling-Okuniewski. Dziedziczność w raku i jej znaczenie ze stanowiska eugeniki. G. Szulc. Cukrzyca jako zagadnienie społeczne i eugeniczne. M. Lucius. Cudzołóstwo w świetle europejskich prawodawstw cywilnych i karnych. L. Wernic. O bezpłodności u mężczyzn. Ks. Sieńko. Zagadnienie pożycia małżeńskiego z punktu widzenia eugeniki.

Przegląd Dermatologiczny. 1933 — I. M. Grzybowski. Badania nad unerwieniem skóry. S. Kwiatkowski i F. Weryner. Histocytoma skóry. F. Goldschlag. Erythrodermia congenita ichthyosiformis Brocq. D. Rubinstein i Z. Oszast. Zastosowanie farmakodynamicznych bodźców do metodycznego badania odczynów skóry. M. Miesicki i B. Krzywobłocki. Przypadek nadwrażliwości na chininę u chorego kiłowego i próby przeniesienia tego stanu na zwierzęta. J. Alkiewicz. Przypadek piaszczaka skóry głowy. Z. Oszast. Leczenie diatermią ostrych powikłań rzerzączkowych. T. Chorążak. Cholesteryna we krwi i w naskórku w dermatozach z nieprawidłowem rogowaceniem. S. Hirszberg. W sprawie leczenia djetetycznego w schorzeniach skóry.

1933 — II. M. Grzybowski. Histogeneza zmian skórnych w chorobie Kaposi'ego. Cz. Ryll - Nardzewski. O trądziku zgorzelinowym. L. Konkolewski i J. Śniegocki. Posocznica ze zejściem śmiertelnem na tle ostrej rzerzączki. K. Kauczyński. Wpływ surowicy z ogniska tocznia pospolitego na przebieg odczynu tuberkulinowego. G. Nowicki. O roli gronkowca hemolitycznego w schorzeniach dróg moczopłciowych. E. Sonnenberg. O występowaniu liszaja czerwonego podczas leczenia salwarsanem.

Pytania i odpowiedzi

Pytanie.

Do

Redakcji „Przeglądu Dentystycznego" w Warszawie:

Będę niezmiernie wdzięczny za wyjaśnienie następującego zjawiska.

Jednocześnie wykonałem 2 protezy „Wipla" dla adw. W. i dr. M. Czemu gumka u adwokata w ciągu 2 tygodni ulega zniszczeniu (stale), a gumka w stawce u dr. M. trzyma się kilka miesięcy bez zmian.

Dziękując uprzejmie za łaskawą odpowiedź, pozostaję

Z głębokim szacunkiem
Lek. dent. *A. G.*

Odpowiedź.

Nazbyt rychłe psucie się gumki-ssawki nie ma żadnej przyczynowej łączności z wykonaniem protez płytkowych z stali nierdzewiejącej „Wipla" a nie z kauczuku.

Czynniki wpływające na metal streszczają się do działania chemicznego kwasów. wprowadzonych z pokarmami względnie wytworzonych przez fermentację w jamie ustnej, względnie wytwarzania się prądów elektrolitycznych przy obecności dwu różnorodnych metali. Doświadczenia ze stalą „Wipla" wykazują zupełną jej odporność chemiczną i elektrolityczną.

Gumka w ustach pęcznieje i utraca powoli właściwą jej elastyczność.

Utratę elastyczności przyspieszają czynniki termiczne (temperatura wysoka i niska), mechaniczne (rozciąganie i zgniatanie) i zmiana

stanu wilgotności. Warunki termiczne i mechaniczne są przypuszczalnie w obu wypadkach jednakowe, a zatem wypada szukać istotnej przyczyny szybszego niszczenia się gumki w odmiennem traktowaniu protez pod względem wilgoci.

Pozostawianie protezy z gumką w stałej wilgoci (wkładanie na noc do wody) utrzymuje elastyczność gumki dłużej, aniżeli zmiana wilgoci, czyli przechowywanie nocą w stanie suchym.

Wkładanie protez na przechowanie do wody jest koniecznem w wypadkach zastosowania kauczuku miękkiego przy zatykadłach (obturatorach) lub ochronie miejsc wrażliwych i t. p. Przechowywanie w tych wypadkach na sucho powoduje twardnienie, pękanie i kruszenie się kauczuku miękkiego.

Zmianę częstą gumki co dwa tygodnie należy uważać, jako okoliczność korzystną, ponieważ pęcznienie, czyli zwiększenie pojemności w mniejszych wymiarach sprowadzi mniejszy ucisk na podniebienie, a tem samem mniejszy zanik odnośnej części szkieletu kostnego, oraz mniejsze drażnienie błony śluzowej.

XIV zjazd lekarzy i przyrodników polskich

Pod Najwyższym protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej odbędzie się w Poznaniu w dniach od 11 do 15 września r. b. XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich oraz IV Zjazd Lekarzy Słowiańskich.

Zjazd Lekarzy Słowiańskich odbędzie się dnia 11 września poczem złączy się w dniu następnym ze Zjazdem Lekarzy i Przyrodników, który rozpocznie się w dniu 12 uroczystem nabożeństwem w kościele Farnym, odprawionem przez Jego Eminencję Księdza Kardynała Hlonda, Prymasa Polski.

Z okazji tych Zjazdów Pan Prezydent Rzeczypospolitej wyda raut na Zamku Poznańskim.

W czasie Zjazdów otwarta będzie wystawa „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna".

Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich mają oddawna ustaloną opinję, co do swego głębokiego znaczenia zarówno pod względem treści obrad jak i pod względem długoletniej tradycji, sięgającej daleko w czasy zaborcze. Były one wówczas nietylko scaleniem naukowej myśli polskiej, ale przedewszystkiem widomym wyrazem żywot-

ności narodowej. Obecnie, po wywalczeniu niepodległości, są te Zjazdy radosnym i budującym przeglądem twórczej pracy naukowej w dziedzinach medycyny i wszystkich nauk, objętych mianem nauk przyrodniczych.

Dotychczas zgłoszono ponad 1800 wykładów, odczytów i referatów. Między innemi wśród wykładów na posiedzeniach plenarnych, na których będzie miała wstęp i szersza publiczność, wymienić należy wykłady Profesorów: Dr. Białobrzeskiego p. t. „Idee podstawowe nowej fizyki", Dr. Groera — „Psychologja wychowania", Dr. Hirszfelda „Zagadnienie współżycia drobnoustrojów i człowieka", Dr. Raupperta „O obronie przeciwgazowej", Dr. Szafera „Ochrona przyrody a hygjena społeczna" (z przeźroczami), Dr. Neigla „O durze plamistym" i szereg innych. Ponadto liczne wykłady i odczyty zostaną wygłoszone przez czołowych przedstawicieli nauki bułgarskiej, czechosłowackiej i jugosłowiańskiej.

Potraktowana szeroko i zarazem głęboko wystawa „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna" obejmie niezmiernie ciekawe eksponaty odźwierciadlające całokształt naszego dorobku naukowego i przemysłowego w dziedzinach powyższych. Uwzględniona zostanie również bibljografja, dotycząca wszystkich działów naukowych medycyny i przyrodoznawstwa.

Każdy, komu droga jest nauka polska i bliskie hasło braterstwa Słowian, winien obecność swoją na Zjazdach uważać za nakaz bezwzględny. Należy tu podkreślić, że udział gości z krajów słowiańskich zapowiada się nadzwyczaj licznie.

Uczestnicy Zjazdu korzystać będą ze zniżki kolejowej oraz z bezpłatnej komunikacji tramwajowej w Poznaniu.

Po wszelkie informacje w sprawie Zjazdu należy się zwracać do Komitetu Organizacyjnego: Poznań, ul. Skarbowa Nr. 9.

W sprawach związanych z wystawą „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna", zwłaszcza jeśli chodzi o wystawienie, należy zwracać się do biura Zjazdu, Poznań, Skarbowa Nr. 9 względnie do biura Targów Poznańskich, ul. Marsz. Focha. Wystawiający w dziale naukowym za stoiska nie płacą.

Stosownie do rozmaitych wymagań uczestników Zjazdu przygotowano kwatery w hotelach (pokój jednołóżkowy od 5 do 11 złotych dwułóżkowy od 8 — 17 zł). w mieszkaniach prywatnych (pokój jednołóżkowy od 3 — 6 zł., dwułóżkowy od 4—8 zł.) w domu wycieczko-

wym (nocleg od 0,50 zł.—1,50) wreszcie w Domu Akademickim (nocleg zł. 3,—). W ograniczonej mierze korzystać będzie można z noclegów bezpłatnych w Klinikach. Dla ew. wycieczek przygotowane będą noclegi zbiorowe w budynkach wojskowych.

Z kół blizkich Prezydjum Komitetu Organizacyjnego XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich dowiadujemy się, że praca organizacyjna wre w całej pełni. W paru ostatnich tygodniach odbył się szereg konferencyj, na których ustalono szczegółowy porządek uroczystości zjazdowych oraz program zebrań plenarnych i sekcyjnych.

Zarówno obrady naukowe Zjazdu jak i Wystawa pod hasłem „Przyroda, Zdrowie i Opieka społeczna" zapowiadają się niesłychanie ciekawie. Wystarczy powiedzieć, że szereg wykładów, dostępnych i dla szerszej publiczności, wygłoszą tacy potentaci Nauki polskiej jak Profesorowie: Białobrzeski, Groer, Hirszfeld, Szafer i wielu innych. Na wystawie ujrzymy wszystko, co nauka polska i przemysł nasz zdołały stworzyć w ostatnich latach piętnastu. Reprezentowane będzie lecznictwo i przemysł farmaceutyczny polski, dalej wytwórczość nasza w dziedzinie przyrządów diagnostycznych i urządzeń lekarskich i szpitalnych, następnie zobaczymy olbrzymi szereg eksponatów związanych z rolnictwem, leśnictwem i ogrodnictwem. Oczywiste, że poszczególne działy wiedzy przyrodoznawczej jak chemja, fizyka, mineralogja i t. p. olśnią zdumionego widza mnóstwem najciekawszych przyrządów, książek, czasopism i t. d.

Wystawa podzielona będzia na 4 działy: naukowy, opieki społecznej, higjeny i sportu. wreszcie przemysłowy. Wszelkich informacyj co do uczestnictwa w Zjeździe, oraz co do wystawiania na Wystawie udziela Komitet organizacyjny Zjazdu względnie Wystawy: Poznań, Skarbowa Nr. 9. Warto podkreślić, że wystawcy w dziale naukowym za stoisko nie płacą. Uczestnicy Zjazdu otrzymują zniżki kolejowe.

W miarę napływania dalszych informacyj, podawać będziemy je do wiadomości naszym czytelnikom.

Komitet Organizacyjny XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu urządza na wystawie „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna" (w gmachu Targów Poznańskich), otwarcie której nastąpi w dniu 12 września 1933 r., specjalny dział, poświęcony utworom grafiki (miedzioryty, litografje, drzeworyty), karykaturom oraz starym dziełom odnoszącym się do zabiegów lekarskich, historji lecznictwa, portretom lekarzy i przyrodników polskich. Wszelkie eksponaty nad-

syłać należy na dwa tygodnie przed otwarciem Zjazdu do Muzeum Wielkopolskiego na ręce p. Kustosza Dr. Brosiga, Aleje Marcinkowskiego. Wystawa trwać będzie od 12 września do 1 października r. b.

Za Komitet Organizacyjny

Przewodniczący Kom. Organiz. Sekretarze

Prof. Dr. Grochmalicki *Prof. Dr Jakubski* *Prof Dr. Jonscher*

Przewodniczący Komisji naukowo-wystawowej

Dr. R. F. Matuszewski

WSKAZÓWKI

dla przybywających na XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich, oraz IV Zjazd Związku Lekarzy Słowiańskich w Poznaniu w dniach 11—15 września 1933 roku

1. Dojazd. Komitet czyni starania w Ministerstwie Komunikacji o 50% zniżkę, pojętą w ten sposób, że dojazd do Poznania odbywa się za normalną opłatą, powrót zaś jest bezpłatny, oraz o wprowadzenie z okazji wystawy pociągów popularnych z Warszawy, Lwowa, Krakowa i Wilna w dniach 10 i 11 września r. b., o czem odpowiednie komunikaty ogłoszone będą w prasie.

2. Kwatery. Komitet czyni starania zapewnienia uczestnikom odpowiednich kwater, zależnie od zgłoszonych wymogów: a) w hotelach, dzieląc je na dwie kategorje, b) w Domach Akademickich, w cenie 3 zł dziennie, c) w klinikach (w bardzo ogran. mierze) bezpłatnie, d) w kwaterach prywatnych, zgłoszonych do biura Targów Pozn. w cenie od 3.— zł. do 8.— zł., e) dla osób o skromniejszych wymogach w Domu wycieczkowym (Wielkie Garbary, Szkoła Powszechna) w cenie 0,50 do 1,50 zł, f) ewetl. dla noclegów zbiorowych w kwat. wojskow. Na dworcu w Poznaniu będzie urządzone biuro kwaterunkowe, gdzie przyjezdni będą mogli otrzymać odpowiednie wskazówki, wzgl. bony na kwatery. Wcześniejsze zgłoszenia celem zarezerwowania pomieszczeń będą mogły być przyjęte tylko za uprzedniem wpłaceniem należytości za czas pobytu w Poznaniu.

3. Termin zgłoszeń. Komitet organizacyjny przyjmuje zgłoszenia uczestnictwa do dnia 1 września r. b. Późniejsze zgłoszenia wobec spodziewanego wielkiego napływu przyjezdnych do Poznania nie będą mogły być traktowane przez Komitet. Kolejność zgłoszeń decyduje o przyznaniu kwater.

4. Karty członkowskie. Celem otrzymania karty członkowskiej należy wpłacić należytość zł. 25.— najlepiej czekiem P. K O Nr 204.580 Uczestnicy Zjazdu, t. j rodziny członków, asystenci i studenci szkół akademickich, opłacają należytość 15 zł. od osoby.

5. Biura Zjazdu. Poza biurem kwaterunkowem, które mieścić się będzie na dworcu, inne biura mieścić się będą w westybulu Collegium Medicum, ul. Fredry 10 i będą czynne od dnia 10.IX godz. 12-ej i każdego następnego dnia od 8-mep do 20-tej.

6. Otwarcie Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich poprzedzi uroczyste nabożeństwo w kościele farnym dnia 12 o godz. 9, poczem o godz. 10 nastąpi otwarcie Zjazdu w Auli Uniwersyteckiej Wały Wazów 26.

Z bratniej pomocy państwowego instytutu dentystycznego

Nieodosobnionym faktem w życiu studenckich organizacyj wyzszych uczelni Warszawy było Walne Zebranie członków Bratniej Pomocy Państwowego Instytutu Dentystycznego. Wybory władz tego stowarzyszenia na terenie Państwowego Instytutu Dentystycznego przeszły, jak zawsze dotychczas pod znakiem nastawionych na dobro ogółu względów. Nie było przysłowiowych dla młodzieży zgrzytów, tarć, zacietrzewień. Ostatnie Walne Zebranie, acz mniejszą cieszyło się frekwencją uczestników niż dotychczas, co niektórzy tłumaczą sobie niespodziewaną obojętnością i zanikiem poczucia obowiązków członkowskich, a raczej tradycyjnym „brakiem czasu" już w marcu, wykazało jednak pewną sprężystość, aktywność i planowość pracy ustępującego zarządu, i zainteresowanie nią zebranych, budujących w dyskusji nad poprawkami do statutu, nad protokółami, sprawozdaniami poszczególnych sekcyj, wnioskami i dezyderatami, nową formę prawną stowarzyszenia. Zaledwie przy jednym głosie wstrzymującym się, przyjęto wniosek wyrażający ustępującemu zarządowi kol. Dominika „podziękowanie za trwałą i owocną pracę dla dobra członków Bratniej Pomocy, nie dopatrując się w poczynaniach zarządu jakichkolwiek momentów politycznych", a jednogłośnie opowiedziano się za udzieleniem temu zarządowi absolutorjum. Ożywioną dyskusję wywołała sprawa niefirmowania techników dentystycznych, co nader ważnem przecież jest dla absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego. Zebranie

nadało godność członka „bene meritus" Bratniej Pomocy Państwowego Instytutu Dentystycznego panu Antoniemu Mokrzyckiemu, przyjęto wniosek o prowadzenie przez Zarząd świetlicy o charakterze kulturalno - towarzyskim, wniosek o powiększenie bibljoteki dzieł naukowych i założenie bibljoteki beletrystycznej, wniosek o zorganizowanie Biura pośrednictwa pracy, mając na uwadze praktyki wakacyjne, korepetycje etc., wniosek o podniesienie funduszu t. zw. „honorówek" z trzystu na czterysta złotych, co motywuje się największą wziętością i popularnością miesięcznych pożyczek o tej formie, wniosek o szybsze i energiczniejsze wycofanie zaległości pieniężnych u członków Bratniej Pomocy, o pobieranie składek na L.O.P.P. łącznie ze składkami członkowskiemi, których wysokość nadal utrzymano na 60 groszy miesięcznie, oraz o opodatkowanie się jednorazowe po 50 groszy na rzecz Confederation Internationale des Etudiants (Międzynarodowy Związek Studentów) mając na uwadze interes ogółu polskiej młodzieży akademickiej na terenie pracy naukowej, porozumienie, i zbliżenie międzynarodowe.

Przez aklamację wybrano prezesem Bratniej Pomocy kol. Burchardta Marjana. Zarząd ukonstytuował się następująco: viceprezesami zostali kol. kol.: Golc Stefan, Cerański Mieczysław, sekretarzami kol.: Gruszczyński Józef i Grynkiewicz Irena, skarbnikami kol.: Tuszyńska Marta, Fiłatow Alina, Ślósarczyk Zbigniew. Sekcję Pomocy Koleżeńskiej objęły: kol. Górska Eugenja i Stilerówna Wanda. Biuro pośrednictwa pracy: kol. Rybakówna Janina. Komisja Skryptowa: kol. Miłodrowska Marja, Kaniówna Janina i Adamczewska Klara. Kulturalno-Oświatowa: kol. Dąbrowska Alicja, Wareszczyńska Janina, Rybczyński Anatol. Sekcję Dochodów niestałych: kol. Łotocki Karol i Guttmajer Tadeusz. Referat prasowy: kol. Haja Henryk. Komisję rewizyjną tworzą: kol. Hirsch Marcin, Nowak Kazimierz. Ziemnowiczówna Wanda, Sikorski Tadeusz, Łabiszewska Florentyna, Niedzielska Jadwiga. Sąd Koleżeński: kol. Pachoński Zdzisław. Falkowski Stanisław, Toboła Telesfor, Morawska Halina, Kulczycka Jadwiga, Pacewicz Anna, Roszkowska Zofja, Kafliński Marjan. Delegatem do Centrali Akademickich Bratnich Pomocy wybrano kol. Domiszewskiego Pawła. Na Walnem Zebraniu sprężyście przewodniczył kol. Kajkowski Tadeusz, sekretarzowała kol. Myćkówna Emilja. Nowoobrany prezes wyraził podziękowanie Panu prof. dr. Witoldowi Cybulskiemu, Kuratorowi Bratniej Pomocy, za łaskawą obecność podczas całego zebrania jakoteż i wszystkim członkom zebrania, które skończyło się nad ranem

Pągowski Zygmunt

PACHNĄCE DŁONIE.

Piękna pani Iza dowiedziała się od pani Kazi, przyjaciółki pani Danusi, która jest kuzynką słabowitej pani Lili, że lekarz zabronił tej ostatniej palić papierosy z powodu szkodliwego działania nikotyny na jej wątły organizm. Wszystkie przyjaciółki pani Lili i wszystkie przyjaciółki ich przyjaciółek zdecydowały, że każda z nich jest wątła i słabowita, lecz wyrzec się palenia nie mogą, a natomiast postanawiają znaleźć sposób, by uchronić się przed skutkami tak zgubnej, a tak bardzo tajemniczej (głównie — niezrozumiałej) nikotyny.

Ktoś poradził używanie tutek (piętnastowatek) lub wprost nakładanie waty do cygarniczek. Najlepiej waty różowej, albo żółtej, byle nie białej bo... no bo biała nie jest ani różowa, ani żółta.

Ponieważ panie paliły papierosy bezustnikowe, więc poczęto ładować watę do cygarniczek. Coprawda smak papierosów jakoś nieprzyjemnie się zmienił, ale zato panie przekonane były, że brunatny osad spalinowy na watce zatrzymuje wszystkie djabliki nikotyny. Otworki się zatykały, nie pomagały szpilki i ich grzęznące drewienka, a pachnące dłonie pań... dziwnie przestały pachnąć.

Sprawa niezawodnie skomplikowałaby się groźnie, gdyby jedna z pięknych pań nie dostrzegła przypadkowo, że istnieją papierosy chemicznie odnikotynowane. Próba palenia tych papierosów wypadła znakomicie. Rzucono watki w kąt, poczęły krążyć kółka wonnego dymku, a paluszki... paluszki były już tylko do całowania.

R.

GDYBYM WIEDZIAŁ...

Ileż to razy przyszło nam powiedzieć z westchnieniem:

— Ach, gdybym wiedział...

Czasem chodziło nam odrobną naprawę auta, a wówczas nasza niewiedza urastała do rozmiarów katastrofy. Innym razem może radjo, albo poprostu jakiś krok życiowy w postępowaniu z innymi ludźmi. Właśnie niedawno jeden z moich przyjaciół wypowiedział te znamienne słowa. Chodziło o prostą dość sprawę. Mieszkał na głębokiej prowincji i rzadko dochodziły go wieści ze świata. Gdy przyjechałem do niego, był dziwnie zgnębiony, bez humoru.

— Kłopoty gospodarcze?

Machnął ręką — jakoś sobie radził. Od słowa do słowa dowiedziałem się, że niedomagania zdrowia dają mu się we znaki. Gorzej — lekarz zakazał mu palić papierosy.

— No tak, to nie takie straszne w dzisiejszych czasach.

Spojrzał na mnie z groźnym wyrzutem.

— Są przecież papierosy odnikotynowane, które lekarze przeważnie pozwalają palić chorym.

— — — — — — — — — — — — — —

Wytłumaczyłem mu, na czem polega dobrodziejstwo papierosów odnikotynowanych. Wówczas to powiedział:

— Ileż to oszczędziłbym sobie udręki, gdybym był wiedział...

Drukarnia Artystyczna, Warszawa, Nowy Świat 47, tel. 635-80, 635-83.